CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

DIRECTIVES ANTICIPEES

Ce document vous est proposé à titre indicatif, vous avez la possibilité de rédiger vos directives anticipées sur papier libre

Mes directives anticipées

Je soussigné(e) : …….....

Né(e) le : ……à : ……

Adresse :……
……

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Fait à ……le ……

Signature du patient* :

**Si le patient n'est plus en capacité d'écrire, sollicitation de 2 témoins, dont la personne de confiance (si elle a été désignée) :*

Nom, prénom du 1er témoin / ou de la personne de confiance :
Signature :

Nom, prénom du 2ème témoin :
Signature